



دوره سوم شماره ۳ (پیاپی ۱۱) تابستان ۱۳۹۳ - شماره استاندارد بین المللی: ۸۶۱۴-۲۲۵۱

تأثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر کیفیت زندگی مادران دارای دختر زیر ۶ سال مبتلا به عفونت ادراری.....۷
زهرآ ظفر رمضانیان، فاطمه الحانی، منیره انوشه

فرسودگی شغلی، ابعاد و عوامل مرتبط با آن در کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی.....۱۶
حسین ابراهیمی، علی نویدیان، محمود عامری، مهدی صادقی

تأثیر اجرای روش ساماندهی محیط-کار (۵S) بر بهره‌وری کارکنان پرستاری اتاق عمل بیمارستان های منتخب شهر
اصفهان.....۲۷
آزاده نوری، محمدعلی حسینی، اصغر دالوندی

همبستگی تعارض پرستاران و هوش هیجانی سرپرستاران بخش اورژانس در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم
پزشکی ایران.....۳۷
سوگند تورانی، بتول احمدی، عطیه کرمی

ارزیابی صلاحیت پرستاران فوریت ها جهت ارائه مراقبت در موقعیت های بحرانی با استفاده از آزمون بالینی ساختارمند
عینی.....۴۷
فاطمه علی اکبری، فرشته آیین، مسعود بهرامی

عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال های
۱۳۸۵-۹۰.....۵۸
امیراشکان نصیری پور، منیکا متقی، نرگس نوابی

عوامل مرتبط با بکارگیری رایانه بر اساس "الگوی پذیرش فناوری".....۶۹
میمنت حسینی، رقیه اسمعیلی، زهره خاوری، فریده یغمایی

موانع مشارکت اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاهای استان آذربایجانشرقی در نظام بهداشت و درمان: یک
مطالعه کیفی.....۷۸
جواد بابایی، حسین جباری بیرامی

به نام خداوند جان و خرد
مجله مدیریت ارتقای سلامت
فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره سوم-شماره ۳ (پیاپی ۱۱) - تابستان ۱۳۹۳

• صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران

• مدیر مسؤول: دکتر محمدعلی حسینی

• سردبیر: دکتر فریده یغمایی

• معاون سردبیر: فرشته نجفی

• شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

• شماره بین المللی نشریه چاپی: ISSN: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

• شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶ شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- | | |
|---|--|
| - دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج |
| - دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس | - دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد | - دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز |
| - دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوراسگان | - دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله |
| - دکتر عباس عباس زاده، استاد دانشگاه علوم پزشکی کرمان | |
-
- | | |
|---|---|
| - دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر لیلای قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا |
| - دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر مسعود فلاحتی خشکناپ، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد | - دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس |
| - دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر کیان نوری تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر علیرضانیکیخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر مجیده هروی کریموی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد |
| - دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | |

• ویراستار انگلیسی: دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

• ویراستار فارسی: دکتر فریده یغمایی

• حروفچینی و صفحه آرایی: مهندس صادق توکلی

• طراح جلد: مهندس صادق توکلی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸ تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , Website: http://jhpm.ir

این مجله در SID, Magiran, Iran Medex, ISC, Google Scholar نمایه می شود.

تأثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر کیفیت زندگی مادران دارای دختر زیر ۶ سال

مبتلا به عفونت ادراری

زهرا ظفر رمضانیان^۱، *فاطمه الحانی^۲، منیره انوشه^۳

چکیده

مقدمه: عفونت ادراری از بیماری های شایع و مزمن دوره کودکی، به ویژه در دختران زیر ۶ سال است. این بیماری مزمن، سبب کاهش کیفیت زندگی مادر می شود. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر بعد جسمانی کیفیت زندگی مادران دارای دختر زیر ۶ سال مبتلا به عفونت ادراری انجام شده است.

مواد و روش ها: مطالعه نیمه تجربی حاضر در سال ۹۲-۱۳۹۱، در بیمارستان شهید مطهری ارومیه، با انتخاب ۶۰ مادر دارای ویژگی ورود به پژوهش انجام شده است. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه توانمندی با ابعاد "تهدید درک شده" (PerceivedThreat)، "خودکارآمدی" (Self-efficacy)، گزارش "کارآمدی مادر" (Mother Efficacy)، "خودکنترلی" (Self-Control)، "محور کنترل" (Locus of Control)، "عزت نفس کوپر اسمیت" (Cooper Smith Self-Esteem) و "پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36" (SF-36 Quality of Life Questionnaire) در بعد جسمی است، که روایی آن ها با روش شاخص روایی محتوایی و نسبت روایی محتوایی و پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. گردآوری داده ها در سه مرحله (قبل، حین و بعد از مداخله) و چهار گام در مرحله مداخله، برای مادران گروه مداخله انجام شد و کیفیت زندگی مادران گروه مداخله، در مراحل قبل، یک و سه ماه بعد از توانمند سازی، بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد.

یافته ها: در مرحله قبل از مداخله، تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات توانمندی و کیفیت زندگی مادران در گروه مداخله و کنترل دیده نشد. پس از اجرای الگوی توانمند سازی خانواده محور، تفاوت معنی داری بین نمرات توانمندی و کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل، مشاهده شد ($P<0/05$).

نتیجه گیری: اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور توانست کیفیت زندگی مادران را افزایش دهد. پیشنهاد می گردد این الگو در بالین و برای خانواده های دارای کودک مبتلا به سایر بیماری های مزمن به کار رود.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، الگوی توانمندسازی خانواده محور، عفونت ادراری، کودکان، مادران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۱۰

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: alhani_f@modares.ac.ir

۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

مقدمه

کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است که از رضایت تا عدم رضایت از جنبه های مختلف زندگی مانند ابعاد سلامتی، کار، اقتصاد، اجتماع، روان، درجه عدم وابستگی و تکامل اجتماعی شخص را شامل می شود (۱). بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد (۲). کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی با وضعیت خانواده، وضعیت جسمی، شدت بیماری، شرایط روانی و اقتصادی-اجتماعی حاکم بر خانواده دارد (۳). داشتن کودک بستری در بیمارستان عامل مهم تنش و اضطراب، فشار عاطفی، احساس گناه، ترس، عدم امنیت و عذاب وجدان برای والدین است که در کیفیت زندگی مادران ایجاد اختلال خواهد کرد (۴). عفونت ادراری از شایعترین بیماری های عفونی در جوامع مختلف است که براساس اطلاعات مرکز آمار آمریکا، سالیانه منجر به ۷ میلیون ویزیت سرپایی، یک میلیون ویزیت اورژانسی و صد هزار مورد بستری و هزینه ای بالغ بر ۱/۶ بلییون دلار می شود (۵). نتایج پژوهش های Piterson & Craig Williams (۶)، Wong (۷)، (۸)، فرج الهی و همکاران (۹)، بیانگر شیوع بالا (۲ تا ۱۰ درصد) و میزان عود بسیار بالا (۱۰ تا ۵۰ درصد)، در کودکان دختر است (۷). ZORC و همکاران می نویسند: ۲۳ درصد کودکان مبتلا به عفونت ادراری، دچار فشار خون بالای سن جوانی، ۱۰ درصد دچار درجات شدید نارسایی کلیه می شوند و عدم درمان منجر به مسمومیت حاملگی، اختلالات عملکردی کلیه، عفونت خون، کم خونی، کاهش رشد، ضعف عمومی و نیاز به دیالیز و پیوند کلیه خواهد شد (۱۰). Wong معتقد است که در صورت عدم شناسایی صحیح و به موقع و ورود میکروب ها به مجاری ادراری تحتانی، این بیماری به سمت مزمن شدن و شروع عوارض گرایش پیدا خواهد کرد. از طرفی، مزمن شدن بیماری ارتباط مستقیمی با میزان دانش و مهارت مادر در جلوگیری از این سیر دارد. ناآگاهی از نحوه شستشو و نظافت ناحیه تناسلی کودک، تهیه نمونه ادراری، تغذیه نادرست کودک در مواقع بیماری، کمبود دانش در زمینه پیگیری، درمان و مراقبت عواملی هستند که منجر به پایداری بیماری یا شروع عود و تکرار چرخه

بیماری می شود (۷). از آنجایی که برنامه صرفاً آموزشی به تنهایی قادر به ارتقاء عملکرد افراد نیست، لذا باید از الگوی استفاده شود که بطور همزمان دانش، مهارت، ارزش و اعتقادات، خودباوری و خودکنترلی را ارتقاء داده و آن را به حدی برساند که والدین بدون هیچ ناظری با توانمندی، باعث افزایش کیفیت زندگی خود شوند. الگوی توانمندسازی خانواده محور با تأکید بر تهدید درک شده (از طریق شدت و حساسیت درک شده)، ارتقاء خودکارآمدی (از طریق کسب مهارت های لازم) و افزایش عزت نفس (به کمک خود باوری و خودکارآمدی و خودکنترلی)، قادر به توانمندسازی افراد و گروه ها می شود.

بیماری مزمن با اثرات قابل توجهی خانواده را درگیر وظایف متعدد، مسئولیت، نگرانی، تحمیل هزینه خدماتی و رسیدگی، انزوای اجتماعی، از دست دادن فرصت های اجتماعی، غیبت از کار، مشکلات جسمی و عاطفی می کند. برای مقابله با این مشکلات، خانواده باید جهت مراقبت از کودک فعالانه مشارکت نماید، چرا که مشارکت از اصول کلیدی توانمندسازی خانواده محور است. پرستار به عنوان کسی که بیشترین زمان را در بالین بیمار و خانواده صرف می کند، قادر به وارد کردن خانواده در تصمیم گیری درمانی از طریق توانمند سازی است (۱۱). از مزایای توانمند سازی خانواده محور می توان به افزایش و رشد اعتماد به نفس والدین، توانایی دستیابی بهتر به نتیجه و احساس کنترل بر زندگی و احساس امیدواری به آینده، اشاره کرد. مفهوم توانمندسازی در ایران، اولین بار در سال ۱۳۸۲ و به منظور پیشگیری از بیماری کم خونی مورد استفاده قرار گرفت (۱۲) و تاکنون برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت (۱۳)، تالاسمی (۳)، مولتیپل اسکلروزیس (۱۴)، آسم (۱۵) و بیماران قلبی (۱۶) اجرا شده است. صاحب نظران معتقدند که توانمندسازی فرآیندی پویا و مثبت (۱۸-۱۷)، تعاملی - اجتماعی است (۲۰-۱۹). همچنین منجر به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن، مسئولیت پذیری و تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی (۲۱)، پاسخ بهتر به درمان (۲۲)، پیشگیری از عوارض (۲۳)، کاهش هزینه های درمانی (۲۴) و نگاه مثبت به بیماری (۲۵) می شود. در سال های اخیر توانمندسازی بیمار

در پژوهش های پرستاری و پزشکی به عنوان ضرورت حرفه پرستاری مطرح شده است (۲۶). این پژوهش با هدف تعیین تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر بعد جسمانی کیفیت زندگی مادران دارای دختر زیر ۶ سال مبتلا به عفونت ادراری انجام شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه نیمه تجربی، از بهمن ماه ۱۳۹۱ تا مرداد ماه ۱۳۹۲ به طول انجامید. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل داشتن و قادر بودن مادر به شرکت در مطالعه، عدم ابتلا مادر به بیماری خاص، با سواد بودن مادر، داشتن کودک دختر زیر ۶ سال با تشخیص عفونت ادراری ذکر شده در پرونده، مسئول بودن مادر در مراقبت، رسیدگی و نظافت کودک، عدم شاغل بودن والدین در گروه بهداشت و درمان و معیارهای خروج شامل انصراف جهت شرکت در پژوهش، مشکل خاص روانی یا بیماری جسمی مادر (که در ابتدای کار مشخص نبود) و نقل مکان ناگهانی خانواده بود. تعداد نمونه با فرمول یوکاک و جدول گیتی و با عنایت به مطالعات مشابه انجام یافته (۳ و ۲۴) و با احتساب احتمال ریزش نمونه ها ۳۰ نفر محاسبه گردید. بنابراین، ۶۰ نفر از مادران واجد شرایط به عنوان نمونه های پژوهشی انتخاب شدند.

ابزار های پژوهش شامل موارد زیر است که روایی آن ها با استفاده از نظرات ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه تربیت مدرس و تبریز و پایایی با استفاده از نظرات ۱۵ نفر از همکاران پرستار بخش کودکان و با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد.

ابزار ویژه توانمند سازی شامل:

پرسشنامه "تهدید درک شده" (Perceived Threat)، با ۲۰ سؤال در زمینه سنجش تهدید درک شده مادر در زمینه علایم و عوارض بیماری، چگونگی تغذیه، نحوه شستشوی ناحیه تناسلی، درمان، پیشگیری و پیگیری های بیماری عفونت ادراری بعد از ترخیص بود. در مطالعه حاضر روایی و پایایی محاسبه شد

(CVI=0.90, CVR=0.80, = 0.83).

پرسشنامه "خودکارآمدی" (Self-Efficacy) با ۱۹ سؤال در زمینه سنجش توانمندی مادر توسط خودش در زمینه بیماری عفونت ادراری است. در مطالعه حاضر، روایی و پایایی محاسبه شد (CVI=0.80, CVR=0.80, = 0.90).

پرسشنامه گزارش "کارآمدی مادر" (Mother Efficacy) شامل ۵ عبارت که پرستار طی ۳ نوبت، عملکرد مادر را از نزدیک مشاهده کرده و موارد مطرح شده در آن را بررسی می کند. در مطالعه حاضر، روایی و پایایی اندازه گیری شد (CVI=0.80, CVR=0.84, = 0.86).

پرسشنامه "خودکنترلی" (Self-Control) شامل ۴ سؤال در زمینه میزان ایجاد خودکنترلی در مادر است. در مطالعه حاضر، روایی و پایایی محاسبه شد (CVI=0.84, CVR=0.86, = 0.84).

پرسشنامه "محور کنترل" (Locus of Control) شامل ۳ سؤال در زمینه میزان باور مادر در درونی یا بیرونی بودن عامل پیشگیری کننده از بیماری کودک بود که روایی و پایایی در مطالعه حاضر محاسبه شد (CVI=0.80, CVR=0.80, = 0.80).

پرسشنامه "عزت نفس کوپر اسمیت" (Cooper Smith Self-Esteem) شامل ۳۵ سؤال به صورت لیکرت ۵ گزینه ای است و در مطالعه حاضر روایی و پایایی محاسبه شد (CVI=0.90, CVR=0.80, = 0.90).

"پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36" (SF-36) شامل ۳۶ سؤال است که این پرسشنامه، توسط منتظری و همکاران در ایران ترجمه و بومی سازی و بارها مورد استفاده پژوهشگران مختلف قرار گرفته شده است (۲۸). به صورت قراردادی، در سؤالات دو گزینه ای این پرسشنامه، نمره به صورت ۱۰۰ و ۵۰ است، در سؤالات سه گزینه ای ۱۰۰ و ۵۰ و صفر، در سؤالات ۵ گزینه ای، ۱۰۰ و ۷۵ و ۵۰ و ۲۵ و صفر می باشد و در سؤالات ۶ گزینه ای، نمرات در محدوده ۱۰۰ و ۸۰ و ۶۰ و ۴۰ و ۲۰ و صفر است. در مطالعه حاضر روایی و پایایی محاسبه شد. (CVI=0.86, CVR=0.80, = 0.90).

این الگو در سه مرحله (قبل، حین و بعد از مداخله) و چهار گام در مرحله اجرای الگو، برای مادران گروه مداخله اجرا شد:

مرحله قبل از مداخله: این مرحله شامل موارد ذیل

است:

۱- دریافت معرفی نامه جهت معرفی به محیط پژوهشی در بیمارستان شهید مطهری ارومیه ۲- دریافت معرفی نامه از دانشگاه و ارائه آن به بیمارستان جهت شروع کار و برگزاری جلسه معارفه با مسئول و همکاران بخش و والدین جهت جلب حمایت و همکاری و مشارکت ۳- انتخاب گروه های کنترل و مداخله (به دلیل وجود تنها یک بیمارستان کودکان، ابتدا گروه کنترل و سپس گروه مداخله انتخاب شد) ۴- زمان بندی شرکت در جلسات ۵- برگزاری آزمون اولیه در دو گروه کنترل و مداخله، بررسی و تجزیه و تحلیل نتایج ۶- اعمال تغییرات لازم در محتوای برنامه توانمندسازی بر اساس نیازمندی های مشخص شده مادران.

مرحله مداخله (اجرای الگو): در این مرحله، الگوی

توانمند سازی طراحی شده در چهار گام: تهدید درک شده، خود کارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی برای مادران گروه مداخله اجرا شد.

گام اول: بررسی نتایج آزمون اولیه بیانگر آن است که

مادران از حساسیت و شدت درک شده کافی نسبت به وضعیت فرزند خود و مشکل برخوردار نبودند. لذا به منظور افزایش تهدید درک شده از جلسات آموزشی (بحث گروهی)، سخنرانی، پرسش و پاسخ و پاور پوینت، کارت ها و پمفلت های آموزشی، براساس اهداف این گام استفاده شد. محتوای این مرحله شامل مطالبی درباره شناخت بیماری، علایم، عوارض، پیش آگهی، عوامل تشدید کننده، عوامل موثر در بهبود بیماری و نقش عوامل تغذیه ای و بهداشتی در زمینه بیماری عفونت ادراری بود.

گام دوم: در این مرحله به منظور ارتقاء خود کارآمدی و

رسیدن به مرحله خود کنترلی و ایجاد حس مثبت در مادر نسبت به توانایی کاهش عوارض بیماری در کودک و رسیدن به هدف دانستن و توانستن، از روش حل مشکل و نمایش علمی مشکل استفاده شد. بدین منظور با تشکیل گروه های ۳-۴ نفره، با بهره

گیری از روش نمایش علمی، و با استفاده از مانکن مشابه و هم اندازه کودک، روش و نحوه اخذ نمونه ادراری، نحوه شستشوی ناحیه تناسلی، طرز استفاده از کیسه ادراری، نحوه استفاده از تب سنج و خواندن آن، نحوه کاهش تب کودک با پاشویه به مادران گروه توضیح داده شد. این مهارت ها، به صورت گام به گام، ابتدا توسط پژوهشگر به مادران آموزش داده شد و سپس مادران به تکرار و تمرین کار پرداختند و پژوهشگر تا زمان اطمینان از صحت انجام کار توسط مادر او را همراهی می کرد. در این مرحله مادر با یادگیری شیوه کار و دریافت تشویق از طرف پژوهشگر توانست در انجام این وظیفه خودکارآمد شود.

گام سوم: در این گام به منظور ارتقاء عزت نفس به

روش مشارکت آموزشی، از مادران درخواست شد که مطالب و مهارت های آموخته شده را به صورت شفاهی و عملی، به مادران دارای کودک مبتلا به عفونت ادراری و زیر نظر پژوهشگر آموزش دهند. همچنین با توجه به خانواده محور بودن پژوهش و لزوم مشارکت پدر، مادر با انتقال مطالب مربوط به پدر و جلب کمک وی (آموزش و تاکید به وی در جهت رساندن در اسرع وقت کودک به بیمارستان، لزوم انجام به موقع آزمایشات و تهیه داروهای تجویزی و درخواست تهیه مواد و مایحتاج ضروری کودک از قبیل تغذیه و لباس با کیفیت و جنس مناسب، لزوم تهیه مواد غذایی مثل میوه و گروه پروتئین ها)، توانست وی را در این کار وارد نماید. از آنجا که دو عامل دانش و خودکارآمدی بر افزایش عزت نفس موثرند، با افزایش دانش نمونه های پژوهش درگام اول و ارتقاء سطح خودکارآمدی در گام دوم، و همچنین مشارکت آموزشی عزت نفس آن ها افزایش یافت.

گام چهارم: شامل ارزشیابی فرایندی و ارزشیابی نهایی

است. در مرحله ارزشیابی فرایندی، میزان توانمندی مادران با سؤالات شفاهی در زمینه تهدید درک شده که توضیح آن در جلسات و طی مباحث گروهی، ارائه شده بود، مورد ارزیابی قرار گرفت و برای ارزشیابی دستیابی به هدف خودکارآمدی، مهارت های آموزش داده شده در جلسات مذکور، مورد ارزیابی قرار گرفت. به منظور ارزشیابی دستیابی به هدف مشارکت آموزشی و

رسیدن به عزت نفس، میزان برگرداندن کارت های آموزشی که مادران در پشت آن سئوالات و ابهامات خودشان را یادداشت کرده بودند و حضور فعال مادران در جلسات، مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از کسب اطمینان از توانمند شدن مادران توسط ابزار سنجش توانمندی، حدود یک ماه به آن ها فرصت داده شد که توانمندی کسب شده را عملاً به کار گیرند و سپس برای سنجش اثر آن بر کیفیت زندگی، از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد (ارزشیابی نهایی).

مرحله سوم (پس از مداخله):

شامل مرحله ارزشیابی پیگیری است که پژوهشگر سه ماه پس از انجام ارزشیابی نهایی، کیفیت زندگی مادران گروه مداخله را با استفاده از "پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36" مورد بررسی قرار داد و سپس تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد.

یافته ها

نتایج بررسی بعد عملکرد جسمانی کیفیت زندگی بیانگر عدم وجود اختلاف معنی دار آماری بین گروه مداخله با گروه کنترل، قبل از مداخله است. پس از اجرای الگو، بین نمرات گروه مداخله در بعد عملکرد جسمانی کیفیت زندگی قبل از توانمند سازی با یک و سه ماه بعد از توانمند سازی و همچنین

با گروه کنترل اختلاف معنی داری ($P < 0/001$) دیده شد (جدول ۱).

همچنین نتایج بیانگر آن است که در مراحل قبل و بعد از توانمند سازی، بین دو گروه در بعد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، اختلاف معنی دار آماری وجود ندارد (جدول ۲).

بررسی بعد درد کیفیت زندگی قبل از توانمند سازی، بیانگر عدم وجود اختلاف معنی دار آماری بین گروه مداخله با گروه کنترل می باشد. ولیکن بین نمرات بعد درد قبل از توانمند سازی با یک و سه ماه بعد از توانمند سازی در گروه مداخله با گروه کنترل اختلاف معنی دار آماری ($P < 0/001$) وجود دارد (جدول ۳).

بررسی بعد سلامت عمومی کیفیت زندگی قبل از توانمند سازی، بیانگر عدم وجود اختلاف معنی دار آماری بین نمرات گروه مداخله با گروه کنترل می باشد، اما بین نمرات بعد سلامت عمومی قبل از توانمند سازی با یک و سه ماه بعد از توانمند سازی در گروه مداخله با گروه کنترل اختلاف معنی دار آماری ($P < 0/001$) وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۱: مقایسه کیفیت زندگی بعد عملکرد جسمانی در دو گروه مداخله (قبل و بعد از توانمند سازی) و کنترل (قبل و بعد)

مقدار p-value	مقدار t	نوع آزمون	داده ها	بعد
۰/۰۰۱	-۵/۷۶	t جفتی	گروه مداخله قبل گروه مداخله ۱ ماه بعد	عملکرد جسمانی
۰/۰۰۱	-۷/۰۹	t جفتی	گروه مداخله قبل گروه مداخله ۳ ماه بعد	
۰/۸۹	۰/۱۳	T مستقل	گروه مداخله قبل گروه کنترل قبل	
۰/۱۰	-۱/۷۱	t جفتی	گروه کنترل قبل گروه کنترل بعد	
۰/۰۰۱	۴/۵۲	T مستقل	گروه مداخله ۱ ماه بعد گروه کنترل بعد	
۰/۰۰۱	۳/۱۲	T مستقل	گروه مداخله ۳ ماه بعد گروه کنترل بعد	

جدول ۲: مقایسه کیفیت زندگی در بعد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی در دو گروه مداخله (قبل و بعد از توانمند سازی) و کنترل (قبل و بعد)

مقدار p-value	مقدار t	نوع آزمون	داده ها	بعد
۰/۰۸	۱/۷۹	t جفتی	گروه مداخله قبل گروه مداخله ۱ ماه بعد	محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی
۰/۶۶	۰/۴۴	t جفتی	گروه مداخله قبل گروه مداخله ۳ ماه بعد	
۰/۷۶	۰/۳۱	T مستقل	گروه مداخله قبل گروه کنترل قبل	
۰/۰۷	۱/۸۶	t جفتی	گروه کنترل قبل گروه کنترل بعد	
۰/۰۸	۱/۷۲	T مستقل	گروه مداخله ۱ ماه بعد گروه کنترل بعد	
۰/۱۲	۱/۰۸	T مستقل	گروه مداخله ۳ ماه بعد گروه کنترل بعد	

جدول ۳: مقایسه کیفیت زندگی در بعد درد در دو گروه مداخله (قبل و بعد از توانمند سازی) و کنترل (قبل و بعد)

مقدار p-value	مقدار t	نوع آزمون	داده ها	بعد
۰/۰۰۱	-۴/۸۷	t جفتی	گروه مداخله قبل گروه مداخله ۱ ماه بعد	درد
۰/۰۰۱	-۴/۴۷	t جفتی	گروه مداخله قبل گروه مداخله ۳ ماه بعد	
۰/۶۷	-۰/۴۲	T مستقل	گروه مداخله قبل گروه کنترل قبل	
۰/۶۸	۰/۴۲	t جفتی	گروه کنترل قبل گروه کنترل بعد	
۰/۰۰۱	۴/۱۹	T مستقل	گروه مداخله ۱ ماه بعد گروه کنترل بعد	
۰/۰۰۱	۲/۹۷	T مستقل	گروه مداخله ۳ ماه بعد گروه کنترل بعد	

جدول ۴: مقایسه کیفیت زندگی در بعد سلامت عمومی در دو گروه مداخله (قبل و بعد از توانمند سازی) و کنترل (قبل و بعد)

مقدار p-value	مقدار t	نوع آزمون	داده ها	بعد
۰/۰۰۱	-۴/۷۹	t جفتی	گروه مداخله قبل گروه مداخله ۱ ماه بعد	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	-۴/۹۵	t جفتی	گروه مداخله قبل گروه مداخله ۳ ماه بعد	
۰/۶۵	۰/۴۵	T مستقل	گروه مداخله قبل گروه کنترل قبل	
۰/۳۹	-۰/۸۶	t جفتی	گروه کنترل قبل گروه کنترل بعد	
۰/۰۰۱	۴/۲۴	T مستقل	گروه مداخله ۱ ماه بعد گروه کنترل بعد	
۰/۰۰۱	۲/۳۴	T مستقل	گروه مداخله ۳ ماه بعد گروه کنترل بعد	

بحث

تجزیه و تحلیل بدهای عملکرد جسمانی، محدودیت نقش، درد و سلامت عمومی و بعد جسمانی کیفیت زندگی بیانگر عدم وجود تفاوت معنی دار بین نمرات ابعاد مذکور قبل از اجرای الگو در گروه مداخله و کنترل است. لیکن این تفاوت بعد از اجرای الگو در دو گروه در بعد عملکرد جسمانی (فیزیکی)، معنی دار است. واحدیان و همکاران در بررسی تاثیر الگوی توانمند سازی بر سبک زندگی بیماران انفارکتوس قلبی در بعد فعالیت و عملکرد جسمانی، افزایش معنی داری را در ابعاد مذکور کیفیت زندگی گروه مداخله گزارش نمودند (۱۶). تیموری با بررسی تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به بیماری مزمن آسم، افزایش معنی داری را در بعد عملکرد جسمی کیفیت زندگی دو گروه کنترل و مداخله مشاهده کرد (۱۵). نتایج نشان دهنده نمرات متفاوت در بعد محدودیت نقش به دلیل مشکلات جسمانی، بین گروه های کنترل و مداخله (یک و سه ماه پس از توانمند سازی) است، لیکن این تفاوت معنی دار نمی باشد. کریمی مونی و همکاران، تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را مثبت ارزیابی کرده و می نویسند: این الگو از جهت نیاز به زمان اجرایی کمتر و هزینه کمتر و دخالت داشتن خانواده در اجرا نسبت به سایر برنامه ها برتری دارد (۱۴). در مطالعه داددوست با هدف بررسی تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر کیفیت زندگی کودکان دچار صرع گزارش شد که در بعد محدودیت جسمی، تفاوت معنی داری در نمرات اخذ شده در گروه مداخله بعد از اجرای الگو ایجاد شده است (۲۹).

درد از شاخصه های تاثیر گذار در کیفیت زندگی و یکی از ابعاد "پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36" در بعد جسمانی است. در بررسی کیفیت زندگی در بعد درد، تفاوت معنی داری بین نمرات گروه کنترل و مداخله یک ماه و سه ماه بعد از مداخله، دیده شد و ثابت گردید که با اجرای این الگو مادران گروه مداخله، درد کمتری را بعد از اجرای الگو تجربه کردند. کریمی مونی و همکاران در مطالعه انجام یافته، با اجرای الگوی

توانمند سازی، دریافتند که میزان درد جسمی با اجرای این الگو در گروه مداخله به صورت معنی داری نسبت به قبل از مداخله و نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است (۱۴). امین شکروی و همکاران تاثیر پیاده روی را در کاهش درد گروه مداخله (افرادى که پیاده روی منظم روزانه دارند)، نسبت به گروه کنترل (فاقد پیاده روی)، معنی دار ارزیابی کردند (۳۰).

در بررسی بعد سلامت عمومی پرسشنامه کیفیت زندگی، اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات گروه کنترل و مداخله (یک ماه و سه ماه بعد از توانمند سازی) مشاهده شد. واحدیان و همکاران نیز در پژوهش خود استفاده از این الگو را بر بعد سلامت عمومی کیفیت زندگی بیماران قلبی موثر دانستند (۱۶). Goldbeck در یک مطالعه با برگزاری ۱۱ جلسه کلاس توانمند سازی هفتگی درمورد تغذیه، ورزش و افزایش دانش بیماران که از عوامل موثر در ارتقاء و ادامه فرایند سلامتی هستند، باعث افزایش سلامت بیماران دیابتی از طریق کاهش وزن و کنترل بهتر قند خون شدند (۳۱). بنابر نتایج حاصله از این مطالعه و سایر مطالعات همراستا، اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر بعد جسمی کیفیت زندگی و زیر مجموعه های آن موثر می باشد.

نتیجه گیری نهایی

با کاربرد الگوی توانمند سازی خانواده محور و توانمند شدن مادران، کیفیت زندگی مادران گروه مداخله، در ابعاد جسمانی سلامت به صورت معنی داری افزایش یافت. لذا پیشنهاد می شود این الگو در سطح وسیع تر و بالینی، برای خانواده های دارای کودک مبتلا به سایر بیماری های مزمن اجرا گردد.

تشکر و قدر دانی

این پژوهش حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب تاریخ ۱۳۹۰/۱۱/۹ به شماره ۰۷۱۵۲/۱۱۲ در شورای تخصصی پژوهش و مصوب تاریخ ۱۳۹۱/۱/۲۱ به شماره ۵۲/۱۱۲۳۳۴ در کمیته اخلاق پزشکی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس می باشد. از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به

دلیل حمایت مالی، همچنین از مسئولین محترم، کارکنان و
پرستاران بیمارستان مطهری ارومیه و خانواده های محترم
شرکت کننده در این پژوهش، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- 1- Sammarco A. Perceived social support uncertainty and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. 2001; 24(3):212-9.
- 2- Malusky SK. A concept analysis of family-centered care in the NICU. *Neonatal Network*. 2005; 24(6):25-32.
- 3- Allahyari A. Effects of family empowerment model - based on the quality of life of school-age children with beta thalassemia and their parents.(MSc Thesis) in Nursing, Tarbiat Modarres University, 1384.
- 4- LeSergent CM, Haney CJ. Rural hospital nurse's stressors and coping strategies: A survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2005; 42(3):315-24.
- 5- Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *The American Journal of Medicine*. 2003; 49(2):53-70.
- 6- Williams G, Craig J C. Prevention of recurrent urinary tract infection in children. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2009; 22(1):72-6.
- 7- Wong DL. *Essential of Pediatric Nursing*. 7th Edition, Philadelphia: Mosby Elsevier, 2005.
- 8- Peterson SA. Revised guidelines for management of UTI in infant. *The Journal of Lancaster General Hospital*. 2012; 7(1):26-31.
- 9- Farajollahy M, Marjani A, Ahangari T. [Study of Incidence bacteruria in school-age girls in Torkaman Seaport]. *Gorgan University of Medical Science Journal*. 2000; 5(4):37-43 (Persian).
- 10- Zorc JJ, Kiddoo DA, Shaw K N. Diagnosis and Management of Pediatric urinary tract infections. *Clinical Microbiology Reviews*. 2005; 18(2): 417-422.
- 11- Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. 3 ed. Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. P.61-89.
- 12- Alhani F. [Design and Evaluation of family centered empowerment model to prevent iron deficiency anemia]. (PhD Dissertation) in Health Education, Tarbiat Modarres University, 2004. (Persian).
- 13- Heidari M, Alhani F, Kazem Nejad A, Moezzi F, [Effect of empowerment model on quality of life in adolescents with diabetes]. *Journal of Pediatrics*. 2007; 17 (1): 87-94. (Persian).
- 14- Karimi Monaghi H, Haresabadi M, Froghipor M, Zarifnegad GH, Mazlom SR, Alhani F. [The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of patient with multiple sclerosis]. *Journal of Mashhad School of Nursing & Midwifery* 2009; 9(3):8-14. (Persian).

- 15- Teimouri F. Assessment of family-centered empowerment Tasyralgvy quality of life of school-age children with asthma. (Master Thesis) in Nursing, Tarbiat Modarres University, 1387.
- 16- Vahedian A, Alhani F, Kazemnejad A. [The effect of family centered empowerment model on the lifestyle of patients with myocardial infarction]. Journal of Critical Care Nursing, 2009; 2 (4):127-132 (Persian).
- 17- Mok E, Martinson I, Wong TK. Individual empowerment among Chinese cancer patients in Hong Kong. Western Journal of Nursing Research. 2004; 26(1):59-75.
- 18- Wåhlin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care: An interview study. Intensive Critical Care Nursing. 2006; 22(6):370-7.
- 19- Gibson, CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 1995; 21(6):1201-10.
- 20- Arvidsson SB, Petersson A, Nilsson I, Andersson B. et al. A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: A qualitative study. Nursing and Health Sciences. 2006; 8(3):133-9.
- 21- Roberts KJ. Patient empowerment in the united state. A critical Commentary Health Expect. 1999; 2(2):82-92.
- 22- Nute R. Standard empowering people with diabetes. Primary Health Care. 2004; 14(3):35-7.
- 23- Shiu A, Won R, Thompson D. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. Diabetes Care. 2003; 26(10):2817-21.
- 24-Koch T, Jenkin P, Kralik D. Chronic illness self management: Locating the self. Journal of Advanced Nursing. 2004; 48(5):484-92.
- 25- Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment reflections on the challenge of fostering The adopting of a new paradigm. Patient Education and Counseling. 2005; 57(2):153-7.
- 26- Hewitt-Taylor J. Challenging the balance of power: Patient empowerment. Nursing Standard. 2004; 18(22):33-7.
- 27- Zolfeghari [A. Validity, reliability and Normality-finding with self esteem cooper smith questionnaire on Esfahan university]. (MS Thesis), Tehran University. 1998. (Persian).
- 28- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. [The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version]. Quality of Life Research Journal 2005; 14(3): 875-882 (Persian).
- 29- Daddoust L. [The effect of family centered empowerment model on quality of life of school-age children with epilepsy]. (Nursing Master's thesis), University of Social Welfare and Rehabilitation, 2007. (Persian).
- 30- Amin Shokravi F, Alhani F, Kazemnejad A. [Investigate the relationship between regular walking and physical and mental health of women]. Journal of Medical Sciences, Kermanshah, 2010; 14(2):177-180 (Persian).
- 31- Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic pediatric conditions on parental quality of life. Quality of Life Research. 2006; 15(7):1121-31.

The effect of Family Centered Empowerment Model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI

Zafar Ramazanian Z¹ *, Alhani F², Anoosheh M³

Abstract

Introduction: Urinary tract infection is the most common chronic childhood disease, especially in girls under 6 years old. This chronic disease reduces quality of life of mothers. This study aimed to determine the effect of Family Centered Empowerment Model on mothers' QOL (physical dimension) with daughter of urinary tract infection.

Materials & Methods: This quasi experimental study was conducted in Motahari Hospital between 1991-1992 year, with 60 mothers whom were eligible for entry into the study in two control and intervention groups. Research instrument consisted of "Perceived Threat", "Self-Efficacy", "Mother Efficacy", "Self-Control", "Locus of Control", "Cooper Smith Self-Esteem" and "SF36 Quality of Life Questionnaire". Content Validity Index, Content Validity Ratio and reliability with Cranach's alpha coefficients calculation were measured for instruments. Data were collected for mothers in intervention group in three phase (before, after and during the model performing) and four stages in intervention time. The mother's quality of life was assessed before, one and three months after empowering the mothers in intervention group. Data was analyzed by SPSS/18.

Findings: There was not significant differences in the empowerment and quality of life scores before intervention ($P < 0.05$). There was a significant difference between the two groups (intervention and control) after family centered empowerment model accomplishment ($P < 0.05$).

Conclusion: Family Centered Empowerment Model could increase quality of life scores of mothers. It is suggested that this model use clinically for families with children with other chronic illnesses.

Keywords: Quality of life, Family Centered Empowerment Model, UTI, Children, Mothers.

Received: 1 December 2013

Accepted: 19 March 2014

1- MSc Student, Department of Nursing in, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. (**Corresponding author**)

E-mail: alhani_f@modares.ac.ir

3- Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

- The effect of Family Centered Empowerment Model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI.....93**
Zafar Ramazanian Z, Alhani F, Anoosheh M
- Burnout, dimensions and its related factors in the operational staff of medicine emergency...94**
Ebrahimi H, Navidian A, Ameri M, Sadeghi M
- The effect of workplace organizing technique (5S) on nurses' productivity in Isfahan hospitals' operating rooms.....95**
Nouri A, Hosseini MA, Dalvandi A
- The correlation between nurses' conflict and head nurses' emotional intelligence in the emergency ward of teaching hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences.....96**
Tourani S, Amadi B, Karami A
- Assessment competencies among emergency nurses for responding in disaster situation with Objective Structured Clinical Examination.....97**
Aliakbari F, Aein F, Bahrami M
- The performance of referral system from the perspective of family physicians of Kashan University of Medical Sciences: 2007-20012.....98**
Nasiripour AA, Motaghi M, Navvabi N
- Related Factors to use computer based on "Technology Acceptance Model".....99**
Hosseini M, R Esmaili R, Khavari Z, Yaghmaei F
- Barriers of East Azerbaijan Islamic Council members' involvement in health system: A qualitative study.....100**
Babaie J, Jabbari Beyrami H